

.....  
/Imię i nazwisko/

.....  
/miejsowość / data/

.....  
/telefon kontaktowy/

.....  
/rok studiów, kierunek, poziom studiów /

.....  
/studia stacjonarne / niestacjonarne/

Nr albumu .....

**Prof. dr hab. n.med. i n. o zdr. Rafał Bobiński**  
Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytetu Bielsko-Bialskiego

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na ..... roku na kierunku ..... studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* pierwszego/drugiego stopnia\*.

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....

Z wyrazami szacunku,

.....

Ww. został skreślony z listy studentów w dniu ..... z powodu

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Podpis pracownika dziekanatu

\*) niepotrzebne skreślić

**Wyrażam / nie wyrażam** \* zgodę(y) na wznowienie studiów pod warunkiem zaliczenia egzaminów kontrolnych z przedmiotów:

.....

w terminie:..... Odpowiedzialnym za przeprowadzenie egzaminu

wznawiającego jest.....

---

Data i podpis Dziekana

\*) niepotrzebne skreślić